



Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



SEXOLOGIES

ARTICLE ORIGINAL

Une demande de retour au sexe de naissance après une chirurgie de réassignation sexuelle[☆]

Postoperative regrets after sex reassignment surgery: A case report

L. Karpel^{*,1}, B. Cordier²

Service de psychiatrie, hôpital Foch, 40, rue Worth, 92150 Suresnes, France

Disponible sur Internet le 27 septembre 2012

MOTS CLÉS

Transsexualisme ;
Regret
postopératoire ;
Psychologie ;
Cas clinique ;
Trouble de l'identité
de genre ;
Dysphorie de genre

Résumé

Introduction. — La chirurgie de réassignation sexuelle est réalisée en France après l'accord d'une équipe pluridisciplinaire composée de psychiatres, psychologues, endocrinologues et chirurgiens. Les professionnels reçoivent le patient durant au moins deux ans avant toute décision chirurgicale irréversible sur les organes sexuels.

Objectif. — Comprendre les raisons d'un regret postopératoire et revoir nos outils d'évaluation psychiatrique et psychologique.

Patient et méthode. — Nous présentons une demande exceptionnelle de retour au sexe de naissance quelques jours seulement après la chirurgie, chez un homme de naissance suivi pendant huit ans avant la décision chirurgicale. Nous avons étudié en détail son dossier composé des différentes consultations avec le psychiatre référent de l'unité de transsexualisme et les autres partenaires de soin. Nous avons également analysé les résultats aux tests psychologiques et le questionnaire de suivi postopératoire.

Résultats. — L'emploi des tests psychologiques n'a pu mettre en lumière les risques de regrets postopératoires chez cet homme. Les éléments de diagnostic différentiel ont été abordés mais le patient a menti.

Conclusion. — La littérature scientifique montre que les risques de regrets sont plus élevés chez les hommes ayant assumé une longue vie hétérosexuelle, exprimant une demande tardive et étant peu soutenus par leur famille ou des amis. Nous y ajoutons l'absence de vie sexuelle, l'interruption de traitement et l'absence de trouble du genre dans l'enfance comme autant de critères de risque de regret postopératoire. De plus, les tests psychologiques ne sont plus utilisés dans notre unité pour évaluer la demande d'un patient transsexuel.

© 2013 Publié par Elsevier Masson SAS.

DOI de l'article original : <http://dx.doi.org/10.1016/j.sexol.2012.08.014>.

☆ An English version of this article is available on line, at <http://dx.doi.org/10.1016/j.sexol.2012.08.014>.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : l.karpel@hopital-foch.org (L. Karpel).

¹ Psychologue clinicienne.

² Chef du service de psychiatrie, psychiatre.

KEYWORDS

Transgender;
Postoperative
regrets;
Psychology;
Case report;
Gender dysphoria;
Gender identity
disorder

Summary

Introduction. – Sex reassignment surgery is carried out in France with the approval of a multi-disciplinary team of psychiatrists, psychologists, endocrinologists and surgeons. The specialists monitor the patient for at least two years before any irreversible surgical decision concerning the sexual organs is taken.

Objective. – To understand the reasons for regrets after surgery and to review our psychological and psychiatric assessment tools.

Method. – We present here an exceptional case of an individual who wants to return to his birth sex just days after surgery. The individual concerned was born male and was monitored by the team for a period of eight years before the decision for surgical intervention was taken. We studied the patient's file in detail including the various consultations he had with the psychiatrist of the transgender unit and with the rest of team. We also analyzed the results of psychological tests and the follow-up questionnaire.

Results. – The use of psychological tests did not shed any light on the high risk of postoperative regret in this case. The elements of differential diagnosis were discussed but the patient was untruthful in his answers.

Conclusion. – The scientific literature shows that the risk of regret is higher among men who have experienced a long heterosexual life, whose request for sex reassignment comes late in life, and who do not receive the support of family and friends. To this conclusion, we might add that the lack of sex life, interruption of the treatment and the absence of gender disorder in childhood seem to be significant criteria for risk of postoperative regret. In addition, in our unit, we have abandoned the use of psychological tests to assess the request of transgender patients.

© 2013 Published by Elsevier Masson SAS.

Introduction

Le transsexualisme est une problématique qui ne fait pas consensus dans le monde médical, comme dans le milieu psychanalytique, ni même au sein de la société. Au demeurant, des équipes en France ont toujours pris soin de tenter de répondre à la demande chirurgicale de ces patients.

Le transsexualisme se joue en général dans la petite enfance. Un sujet se sent en inadéquation avec son sexe de naissance. Il se sent du genre opposé à celui socialement lié à son sexe de naissance. Cette divergence le fait généralement souffrir et l'entraîne vers des comportements inadéquats. Habillé selon les us et coutumes de son lieu de naissance en fille ou en garçon, il se sent déguisé. Enfermé dans des rôles, propre à chaque société, à son sexe de naissance, il n'a de cesse de réclamer ceux du sexe opposé. Des parents, parfois tolérants, finissent par penser que leur enfant choisira d'être homosexuel. Or, dans leur attirance pour le « même sexe », ils estiment qu'il s'agit en fait d'une attirance hétérosexuelle puisqu'ils se vivent du « sexe opposé ». Cette complication les entraîne dans des incompréhensions de la part de leur entourage voire au rejet. Ils peuvent alors s'obliger à abandonner leurs habitudes d'enfant et choisir soit la voie de l'hétérosexualité, soit celle de l'homosexualité. Certains, au contraire, persistent dans leur malaise et ne voient de conclusion heureuse à leur problème que dans une demande de réassiguation sexuelle. Ainsi transformés, ils expriment le contentement d'avoir retrouvé une vie, de vivre une seconde naissance, voire une naissance tout court. Ces patients s'orientent ensuite vers des choix de vie assez « banals », préférant pour beaucoup l'anonymat, voire le secret, quitte à prendre des risques.

Dans l'histoire de la prise en charge du transsexualisme, les psychiatres ont été convoqués pour répondre de la bonne santé psychique du requérant. En effet, la castration ayant été longtemps un crime, les chirurgiens souhaitaient se pré-munir de toute attaque judiciaire avant de recourir à la chirurgie. Le psychiatre est donc encore en charge de confirmer qu'il s'agit non seulement d'un patient présentant un syndrome de transsexualisme mais aussi que l'indication de transformation hormono-chirurgicale (THC) est adéquate pour son cas en particulier.

Les psychiatres se sont entourés de précautions avant de poser à la fois le diagnostic de transsexualisme et l'indication de THC. Parmi ces précautions, en France et à l'étranger, ont été proposés des standards de soin : un suivi psychiatrique de deux années, l'expérience de vie réelle (c'est-à-dire vivre au quotidien dans l'apparence du sexe choisi) et la passation de certains tests psychologiques : d'intelligence, de personnalité et projectifs. Le but de cette procédure est d'affirmer que la demande du patient n'est pas le fruit d'une bouffée délirante aiguë ou d'un trouble délirant aigu ou chronique, paranoïde ou autre. Les tests psychologiques sont des outils d'aide au diagnostic. Ils pourraient idéalement préciser la nature de la structure psychique d'un sujet, ainsi que ses mécanismes de défense et ses mouvements identificatoires. Les tests psychologiques sont du ressort des psychologues cliniciens dans les unités de transsexualisme en France.

Patient et méthode

Nous étudions le dossier psychiatrique de ce patient, comprenant ces verbatim, les notes du psychiatre, celles du second psychiatre et les résultats aux tests psychologiques

du patient, ainsi que le questionnaire de devenir biopsychosocial rempli par celui-ci six mois après sa chirurgie. Précisons que nous n'avons pas été impliqués dans le suivi et l'évaluation de ce patient.

Le cas « sanglier »

Un homme de naissance, après huit années de suivi psychiatrique dans une unité de transsexualisme, obtient la chirurgie de réassignation sexuelle qu'il demandait afin d'acquérir un sexe féminin. Vingt jours après cette intervention, il envoie un mail au chirurgien lui intimant de faire une chirurgie en sens inverse. Il demande à retrouver son sexe de naissance, en menaçant de se remettre à boire et autres menaces vagues de type agressif.

Face à cette demande inédite, le chirurgien demande au patient de rencontrer le psychiatre en charge de son évaluation. Le patient ne se rend ni aux rendez-vous proposés avec le chirurgien ni avec le psychiatre. Il répondra six mois plus tard à l'enquête de bien-être postopératoire avec véhémence et des traits paranoïaques apparaissent. Une nouvelle proposition de consultation psychiatrique est écartée suite à la réception du questionnaire de l'enquête. Il finit par rencontrer le chirurgien un an après l'intervention. Il souhaite être appelé Monsieur, critique vivement le résultat de la chirurgie. Il n'a pas l'intention de demander un changement d'état civil. Il demande au chirurgien d'amputer les organes féminins (grande lèvre, clitoris et vagin). Le chirurgien refuse sans consultation psychiatrique préalable. Le patient rencontre alors le psychiatre évaluateur auquel il expliquera avoir « menti ». Son seul souhait était de se débarrasser de son pénis qu'il pensait être le siège de ses pulsions sexuelles (hétéro et homo) envahissantes à son goût. Il a alors coupé ses cheveux courts. Il ne prend plus d'hormones et souhaite une mastectomie. Le psychiatre conclue en faveur d'une forme particulière de dysmorphophobie. Le patient insiste pendant six autres mois pour obtenir une nouvelle chirurgie puis ne donne plus de nouvelles.

Étude du dossier

Cette expérience nous oblige à reprendre en détail l'évaluation de sa demande. Nous avons donc rouvert son dossier et recherché des éléments qui auraient pu ou dû nous alerter sur de possibles regrets postopératoires.

Cet homme vient consulter en 2000. Il a alors 39 ans. Son aspect est féminin. Il porte les cheveux longs, ses sourcils sont épilés, son torse et ses jambes aussi. Il a subi quatre interventions chirurgicales féminisantes de la face (la mâchoire, les pommettes, le menton et le nez) pendant sa 35^e année. Il a commencé à prendre de lui-même des hormones à 37 ans. Il a été marié (il y a dix ans) pendant six ans et a vécu avec son épouse sept ans (de 25 à 31 ans). Puis, trois ans après son divorce, il a vécu en concubinage avec une autre femme de 24 ans pendant une année, sept ans avant sa venue dans l'unité. Il a interrompu son suivi psychiatrique avec l'équipe de 2003 à 2007. Il revient sans donner d'explication. Puis, en 2008, la commission prend la décision d'accéder à sa demande chirurgicale.

Tout au long du suivi, des éléments diagnostics positifs sont apparus et ont convaincu les équipes de l'existence d'un transsexualisme secondaire.

Le patient arrive à la consultation spécialisée de transsexualisme avec un parcours déjà entamé. Il a pratiqué une épilation au laser d'une partie importante de son corps et son visage. La chirurgie esthétique de la face lui donne une allure féminine. Il est hormoné depuis deux années déjà. Durant les huit années écoulées avant la chirurgie, le patient n'a jamais démenti son souhait de se faire opérer, même après son retour suite à quelques années d'arrêt de suivi.

Concernant sa sexualité, il dira que la sexualité hétérosexuelle partagée avec sa femme était pauvre. Après avoir reconnu une attirance pour les hommes, il se dit attiré ni par les femmes ni par les hommes dans la seconde partie de suivi. Un test à l'anti-androgène est réalisé avant le passage à la chirurgie. Le patient se dit soulagé par la fin de ses érections. Il dit s'être très peu masturbé dans sa vie et que son attirance pour les hommes a été rejetée car cela ne correspondait pas aux valeurs de sa famille.

Les tests psychologiques sont passés deux ans après le début de son suivi. Un test de personnalité (MMPI-2), d'intelligence (WAIS-R), de vocabulaire (Binois et Pichot), de repérage spatio-temporel (Benton) ainsi qu'un test projectif (Rorschach) ont été réalisés.

Le test de vocabulaire nous indique un QI de 95, dans la moyenne. Il a un niveau moyen de fin de primaire. Le WAIS-R indique un QI verbal à 90 et un QI de performance à 100, donc une moyenne de 95 corroborant le premier test. Le test de Benton nous indique que le patient ne souffre pas de pathologie altérant sa perception visuelle, spatiale et temporelle.

Les résultats au test de personnalité MMPI-2 montrent que le test est à la limite de la validité car le patient se montre méfiant et menteur. Il répond différemment à des questions similaires posées différemment le long du test. Les résultats montrent un sujet hyper-susceptible, hyper-sensitif avec des risques de passage à l'acte brutal. Les principaux mécanismes de défense utilisés par le patient sont de type projectif et psychopathique. L'échelle masculin-féminin, échelle des stéréotypes sexuels, montre un grand intérêt pour tout ce qui a trait au féminin alors que les stéréotypes masculins sont tous rejetés.

L'analyse des tests projectifs (Rorschach) est difficile. Le patient n'arrive pas toujours à donner une représentation à partir des images proposées. On en conclue malgré tout à une quête de la féminité.

L'entretien avec la psychologue nous apporte des informations sur sa méticulosité : il ne supporte pas de toucher son sexe avec ses mains. Il utilise toujours un mouchoir ou un gant.

La conclusion à l'issue de ces tests est qu'il s'agit d'un transsexuel primaire sans pathologie grave contre-indiquant la THC.

Tous ces éléments laissent penser aux psychiatres que le patient, après une vie hétérosexuelle sans saveur, se tourne définitivement vers un transsexualisme assumé. La tenue vestimentaire, l'aspect général, l'absence actuelle de sexualité (suspendue à la chirurgie), la détermination

constante et continue depuis de longues années pour une THC et l'absence de pathologie grave selon les tests, indique la possibilité de répondre favorablement à la demande de ce patient.

Par ailleurs, des éléments cliniques défavorables à sa demande filtraient le long de ce suivi.

Il n'a pour ainsi dire aucune vie sociale. Il est fâché avec sa famille en particulier avec sa mère. Il impute cet éloignement au rejet massif de sa famille envers son transsexualisme. Il ne souhaite donc informer aucun membre de sa famille de son désir de changement. Il ne connaît, selon ses dires, aucune vie amoureuse pendant ce long suivi de huit années en arguant qu'avec le corps qu'il possède, il ne peut commencer aucune relation sérieuse. Il n'a plus de vie sociale car il est sans emploi. Il dit avoir été licencié de son emploi pour motif de violence. Il imputera ce licenciement à des insinuations sur sa féminité de la part de ses collègues, qu'il aurait mal supporté alors que ce licenciement est consécutif à des faits de violences graves de sa part sur un collègue (tentative d'étranglement).

Dans l'enfance du patient, aucun élément de trouble du genre n'est rapporté. Il ne se souvient pas avoir eu des jeux particulièrement féminins. Il ne se souvient pas s'être travesti en cachette ou ouvertement durant l'enfance. Il ne commence à se travestir qu'à l'âge de 35 ans. Sa mère, qu'il n'a jamais souhaité que nous rencontrions, dit qu'elle ne souvient pas l'avoir trouvé efféminé dans l'enfance ; ce que nous rapporte le patient.

Il n'a connu qu'une vie hétérosexuelle. Il n'a aucune expérience sexuelle avec les hommes.

Durant sa vie professionnelle, il a exercé uniquement des métiers masculins (réparateur, régleur et conducteur de machine). Il a une formation professionnelle plutôt choisie par des hommes (CAP de tourneur-fraiseur) et a eu des expériences professionnelles dans des milieux presque exclusivement masculins (automobile).

Malgré la demande de changement de sexe et d'identité civile, le patient signe ses courriers uniquement de son nom de famille et de son prénom masculin durant les premières années de suivi et alterne entre le masculin et le féminin en seconde partie de suivi.

Le psychiatre se pose la question du diagnostic différentiel. Il remarque une certaine obsession du détail pour son visage chez ce patient et se demande s'il ne s'agit pas d'une dysmorphophobie. En effet, le patient a l'impression que le haut de son visage est mieux fait que le bas. Il en est soucieux mais finalement le psychiatre trouve que cette inquiétude n'est pas centrale dans la demande du patient.

Le patient a aussi du mal à choisir un nouveau prénom féminin. Il propose alternativement un prénom mixte et une féminisation de son prénom de naissance.

L'interruption du suivi est remarquée par le psychiatre mais là encore, il n'apparaît pas que cet argument était propre à refuser sa demande.

Puis, l'acte violent envers son collègue ayant mené à son licenciement, le psychiatre ne choisit pas de faire de cet élément une contre-indication au changement de sexe. D'autant que le patient se dit apaisé avec les hormones et n'a plus jamais agressé quiconque.

Le second avis psychiatrique

Un autre psychiatre rencontre le patient à la fin de son suivi. Il le questionne sur son arrêt de suivi. Il répond que c'était pour faire une formation dans l'informatique et qu'il trouvait le temps long. Il dit vivre en femme depuis huit ans, donc cinq ans avant le début du suivi. Il explique l'absence de travestissement dans l'enfance par l'impossibilité d'être jamais seul. Il pense que la THC va le rééquilibrer. Il a déjà pensé à se castrer lui-même. Il ne parle de lui ni au masculin, ni au féminin. La psychiatre lui trouve une personnalité très particulière mais donne son accord pour la THC.

Décision collégiale

Le psychiatre, l'endocrinologue et le chirurgien relèvent l'atypicité du parcours mais vont dans le sens de la THC. La psychologue, d'après ses tests, parle même de transsexualisme primaire. Les éléments défavorables ont fait hésiter les différents membres de la commission de décision de THC. Cependant, les arguments positifs emportent la réticence des professionnels.

La chirurgie et le postopératoire

Vingt jours après la chirurgie, le chirurgien reçoit un mail urgent du patient. Celui-ci parle de lui au masculin et demande à qu'on lui enlève son néo-vagin, qui serait « pire que son pénis ». Il dit qu'il va « se remettre à boire et péter les plombs ». Le chirurgien lui impose de rencontrer le psychiatre avant de prendre une telle décision mais le patient s'y refuse.

L'enquête sur le devenir psychosocial (six mois après la chirurgie)

L'équipe qui s'interroge sur le bien-être psychosocial des patients transsexuels (MF et FM) après la chirurgie leur envoie un questionnaire sur leur devenir bio-psychosocial. Ce patient fait partie des 266 patients concernés. Il y répond en utilisant le masculin et son prénom de naissance. Il met en pièce jointe une photo de son néo-vagin en gros plan, en insistant sur son aspect inesthétique à son goût. On apprend qu'il n'a pas fait de changement d'état civil. Il envoie une seconde fois la photo de son sexe en gros plan en voulant démontrer « l'horreur et l'erreur présumée » cette fois-ci par mail et en couleur. Il incrimine les voisins de le persécuter et se demande s'il ne va être sous le coup d'une arrestation car il reconnaît s'énerver pour un rien même avec la police. Une nouvelle consultation psychiatrique est écartée par le patient suite à la réception du questionnaire de l'enquête.

Consultation avec le chirurgien (un an après la chirurgie)

Il critique vivement le résultat de la chirurgie. Il n'a pas l'intention de réaliser un changement d'état civil. Il demande au chirurgien d'amputer les organes féminins

(grande lèvre, clitoris et vagin). Le chirurgien refuse sans consultation psychiatrique.

Consultation postopératoire avec le psychiatre

Un mois plus tard, il explique au psychiatre avoir menti. Son seul souhait était de se débarrasser de son pénis qu'il pensait être le siège de ses pulsions sexuelles trop envahissantes. Contrairement à ce qu'il avait dit, la sexualité ne fonctionnait que trop bien avec sa femme. Ses pulsions homosexuelles étaient calmées par l'alcool. Il demande à être appelé Monsieur. Il refuse d'être suivi en centre médico-psychologique. Il a alors coupé ses cheveux courts. Il ne prend plus d'hormones et souhaite une mastectomie. Le patient insiste pendant six autres mois pour obtenir une nouvelle chirurgie puis ne donne plus de nouvelles.

Analyse critique

La demande inattendue de retour au sexe de naissance de ce patient nous amène à interroger en profondeur nos critères d'évaluation des demandes de THC. Il est bien sûr aisé de critiquer un suivi dans l'après-coup. Il est bien plus difficile de faire une évaluation neutre tout en questionnant la validité de la demande d'un patient.

L'exploration de sa sexualité

Le psychiatre explore sa sexualité mais on saura par la suite que le patient a réussi à mentir toutes ces années. Alors qu'il a été en couple de nombreuses années, il ne cesse de dire que sa sexualité n'était pas riche ; que les femmes rompaient car il les délaissait du point de vue sexuel. Il avance que la masturbation lui a donné le dégoût de son sexe. Il dit même avoir pleuré quand il a eu des érections. Il dit ne plus avoir d'érections qui étaient déjà très rares avant le suivi. Quand il évoque sa sexualité avec sa femme, il dit qu'elle était « un boulet dont il ne pouvait se débarrasser ». Il dit quand même que la rencontre avec son épouse a résulté « d'une attirance physique » mais qu'il ne la satisfaisait pas sexuellement car il estimait avoir un pénis trop petit. Il se dit peu porté sur la chose. De sa première relation sexuelle avec elle, il dira que ça n'était pas désagréable mais qu'une lassitude s'était installée. Il dit avoir eu des relations sexuelles « nerveuses » sans plaisir à le faire.

Quant à l'attirance pour les hommes, le patient ne cesse de dire qu'il est harcelé par ces derniers mais qu'il refuse leurs avances avec ce corps-là (masculin). Il reconnaît avoir eu une attirance pour les hommes mais ne pouvait pas s'accepter comme homosexuel.

Au moment du suivi, il estime sa sexualité nulle. Il avance que grâce aux hormones, les érections et le désir sont neutralisés bien qu'ils étaient déjà faibles.

Pour y voir plus en finesse, il manque à cette investigation, l'exploration de la vie fantasmique et imaginaire du sujet. On s'attelle à l'ici et maintenant. On ne connaît rien des modalités de la vie sexuelle de cet homme avec ses compagnes. On ne connaît pas les fantasmes sexuels actuels et anciens de cet homme. On explore peu l'attirance pour les hommes alors qu'elle s'avérera déterminante dans son choix de THC.

Puisqu'il s'agit de retirer le sexe, nos questions doivent porter sur le sexe, sinon nous passons à côté du risque de regret postopératoire. Le sujet demandeur peut avoir une interrogation concernant son genre et son identité mais, puisqu'il vient demander à ce qu'on lui retire son sexe, on doit s'atteler à évaluer l'investissement du sujet pour ce sexe.

L'apparence n'est pas un critère diagnostic

Ce patient arrive déjà très féminisé. On est convaincu par sa présentation harmonieuse bien qu'il arbore des tenues plutôt androgynes tout au long du suivi. La chirurgie du visage (quatre interventions) et l'épilation laser lui confère un aspect féminin. La commission de décision collégiale est, malgré elle, influencée par l'aspect crédible du patient. Le patient ayant gommé ses traits masculins trop prégnants, l'équipe est en quelque sorte séduite par son apparence. Le candidat le plus crédible physiquement ne devrait pas être le candidat auquel on accorde forcément le plus de crédit. Nous ne devrions pas nous inquiéter tant de l'apparence du candidat mais bien de l'évolution de sa demande et de l'utilité de la THC. Certains travestis sont parfois bien plus crédibles que certains des patients candidats à la THC. Cependant, un travesti ne viendra peut-être jamais demander à ce qu'on lui retire son sexe, investi sexuellement. Son travestissement vient combler d'autres demandes psychiques mais il se reconnaît comme homme par ailleurs. Nous devons lutter contre notre tendance à être convaincu par l'apparence physique. On peut même s'interroger sur la valeur des photos du candidat qui circulent lors des commissions de décision collégiale. Cette position s'oppose à celle de [Smith et al. \(2005\)](#) qui pensent qu'une apparence physique défavorable peut être un facteur de regret postopératoire.

L'interruption de suivi comme élément de risque de regret postopératoire

Ce patient arrête quatre ans le suivi. Il interrompt sans prévenir et revient sans explication fiable : « J'en avais marre de répéter les mêmes choses sans que ça avance », dit-il. Le suivi s'arrête sur l'évocation de plusieurs préoccupations du psychiatre : le refus de sa mère de nous parler (alors qu'elle transmet à son fils qu'elle ne comprend pas sa démarche car elle ne l'a jamais trouvé efféminé), l'agressivité du patient, son mariage et son concubinage, l'absence de vie sociale, l'absence de vie amoureuse en particulier avec les hommes et l'absence de contact du patient avec sa mère. Lors de la dernière consultation avant l'interruption de suivi, le psychiatre lui avait remis une lettre demandant à sa mère de bien vouloir lui parler par téléphone. Le psychiatre attendait des nouvelles de la mère pour écrire au chirurgien afin qu'il le reçoive.

Quand il revient quatre ans plus tard, les choses n'ont pas changé sur le plan social et affectif. Il réitère sa demande car il dit avoir essayé de lutter en vain. Il explique aussi que l'endocrinologue, lui prescrivant des hormones depuis des années, refuse de continuer à lui prescrire, sans l'aval du psychiatre, car cet endocrinologue lui a confié être passé au tribunal à cause de ces prescriptions sauvages.

Il nous semble aujourd’hui, avec le recul, que les longues interruptions de suivi sont un élément défavorable à la demande d’un patient. Souvent, il faut un courage important à une personne pour venir faire cette demande et il est rare qu’après deux années de suivi, le patient n’attende même pas la réponse de la commission. Le patient était arrivé à la fin des deux années et touchait pratiquement au but. Son départ, suite à la demande de discuter avec sa mère, aurait pu nous alerter. Que cachait-il? Pourquoi ne souhaitait-il pas que nous rencontrions sa mère? En sachant que le patient était informé qu’il ne s’agissait pas d’obtenir une autorisation quelconque de sa mère. Cet homme était plus qu’adulte. Il savait que nous voulions en savoir plus sur le développement de son problème de genre pendant l’enfance et l’adolescence. D’ailleurs, malgré l’absence de contact avec la mère, la commission a accédé à sa demande, après son retour.

Le diagnostic différentiel

Dans le cadre de l’évaluation psychiatrique, il est recommandé de mettre en perspective la demande du patient dans un contexte psychopathologique singulier. D’autres diagnostics doivent être abordés : l’homosexualité non assumée, la dysmorphophobie, le délire du genre dans la schizophrénie ou la psychose délirante chronique.

Pour ce patient, la question de l’homosexualité a été abordée et le patient a bien dit qu’il n’avait connu aucune expérience homosexuelle, malgré son attirance. Il dit avoir refoulé ce qu’il croyait être de l’homosexualité. Il dit s’être cru homosexuel mais ça ne lui plaisait pas du tout car «ça n’était pas dans le sens normal de la nature». Il répète à l’envi qu’il refuse les avances des garçons. Il dit même à la psychologue que les hommes «le harcèlent», mais qu’il ne peut pas accepter avec ce corps d’homme. Dans la seconde partie du suivi, le patient cesse de parler de son attirance pour les hommes. Il dit n’être attiré ni par les hommes ni par les femmes. Il parle de son attirance pour les hommes au passé et dit qu’il ne pouvait s’accepter comme homosexuel. Le psychiatre le relance mais il rejette cette éventualité en disant que son corps l’en empêche car «sinon ça ferait longtemps que ça serait fait». Il envisage une vie avec un homme après la chirurgie. Le psychiatre écarte donc une homosexualité refoulée non assumée.

Le second diagnostic différentiel est la dysmorphophobie. Cette appellation désigne un sujet qui souffre d’une préoccupation exagérée à l’endroit de l’esthétique, de son visage en particulier. Ces patients sont avides de chirurgie plastique avec l’impression toujours renouvelée de ne jamais atteindre l’esthétique recherchée. Le psychiatre explore cette éventualité car le patient a subi quatre chirurgies faciales et en reste insatisfait en partie. Il est à noter qu’il manifestera la même insatisfaction «esthétique» pour sa nouvelle anatomie sexuelle.

La sexualité spécifique des transsexuels comme critère diagnostic

L’expérience auprès des transsexuels nous a amené à questionner la sexualité de ces patients. Bien que chaque être humain recèle de trésors d’imagination concernant sa

propre sexualité, des points communs entre les patients transsexuels se dessinent.

Parmi les hommes de naissance transsexuels, l’exercice de leur sexualité a quelques particularités. Ces hommes dits transsexuels primaires, c’est-à-dire n’ayant pas assumé une position masculine dans un rapport sexuel avec une femme, n’expérimentent pas de relation avec les femmes car ils estiment qu’il s’agirait d’une relation lesbienne.

Parmi les transsexuels dits secondaires, nous observons que la sexualité avec les femmes est souvent passive. Les patients racontent qu’ils introduisent le travestissement dans les jeux sexuels si la femme en est d’accord, ou bien ils se travestissent hors des jeux sexuels, même pendant les années de mariage, ce qui devient la cause des séparations.

Ces hommes, dits transsexuels secondaires, ont souvent expérimenté des relations homosexuelles avant, pendant et après leur mariage. Ils sont souvent la personne passive (pénétrée) dans les rapports sexuels. Les fantasmes de ces patients sont souvent répétitifs : ils imaginent une relation sexuelle où ils sont la femme pénétrée par un homme, rêvé comme hétérosexuel. La masturbation continue parfois et elle s’accompagne de fantasmes hétérosexuels où ils sont la femme. Dans leur sexualité avec les hommes, souvent, ces transsexuels (MtF) tolèrent assez mal que leur partenaire souhaite être pénétré, le plus souvent, ils s’en trouvent incapables. Ils préfèrent de loin être pénétrés. Souvent, ils tolèrent assez mal que le conjoint souhaite les masturber et les faire éjaculer. Pour un certain nombre d’entre eux, ils préfèrent des hommes hétérosexuels ou bisexuels n’ayant pas assumé une vie homosexuelle car ils craignent que leurs conjoints ne les confinent dans une position masculine qu’ils refusent.

En l’occurrence avec ce patient, nous n’avons jamais pu connaître la réalité de sa vie sexuelle avec sa femme et son autre compagne.

Analyse critique des tests

Après des années d’utilisation des tests psychologiques comme aide au diagnostic, notre unité de transsexualisme a décidé de ne plus y avoir recours systématiquement dans l’évaluation.

En effet, il semble contestable d’utiliser un test de Benton. En effet, connaître le fonctionnement spatio-temporel d’un patient en demande de changement de sexe est-il un élément pouvant faire incliner une décision collégiale? Est-ce qu’un patient dément ou sénile ne serait pas facilement repéré par un entretien psychiatrique? D’ailleurs, est-ce qu’un patient sénile ou dément peut venir deux années d’affilée au même endroit, à l’heure à ses rendez-vous, demander un changement de sexe? Cela paraît bien improbable.

Quant au test d’intelligence, quand bien même, nous découvrions que le patient demandeur de changement de sexe a une intelligence peu développée, serait-ce un argument pour refuser sa demande? De la même façon, il serait compliqué pour un patient fortement déficient de maintenir une demande construite sur deux années auprès d’un psychiatre en vue d’un changement de sexe. Le manque d’intelligence de certains patients peut les amener à croire que l’on transforme vraiment un corps d’homme en corps de

femme ou vice versa. Ce point est évoqué et plus souvent éludé en entretien avec le psychiatre ou la psychologue.

Il se pose également une question de fond : quel degré d'intelligence ou de déficience intellectuelle serait le curseur valable pour l'acceptation d'une demande de changement de sexe ? À quel QI limite exigerions-nous de ne pas répondre à la demande d'un requérant ? Ces questions posent des problèmes éthiques évidents. Ne peut-on pas être transsexuel et avoir une intelligence peu développée ? Un QI peu développé pourrait-il être un critère de refus de THC ? Et qui déciderait du curseur valide d'intelligence pour accepter une demande ? De plus, la clinique nous apprend que la plus grande majorité des patients demandeurs de changement de sexe sont d'intelligence normale voire supérieure. Très souvent, ils ont appris, avec un coût psychique élevé, à composer avec leur trouble du genre, à déjouer les possibilités d'être découverts, à feindre l'expérience d'un garçon et d'une fille de naissance...

Le MMPI-2 est un test de personnalité américain de 1942 qui a été révisé en 1989. La première version française de 1959 a été révisée en 1996 (MMPI-2). Le MMPI-2 contient 56 items concernant le masculin et le féminin sur 567 items, soit 10 % des items. L'échelle (score 5) féminin-masculin a été élaborée à partir d'un groupe de patients masculins ayant demandé de l'aide à un psychiatre afin de contrôler leurs sentiments homosexuels et de faire face à des interrogations sur leur identité sexuelle. Des recherches similaires chez la femme ont été tentées mais n'ont pas abouti (Hathaway, 1953). De ce fait, on déduit le féminin à partir du masculin dans ce test. D'autres critiques (Husser et al., 2001) mentionnent une faible consistance interne et une faible validité concourante de cette échelle. Puis, ce score (MF) devrait permettre de repérer le degré d'identification aux stéréotypes culturels masculins et féminins. À l'heure de l'égalité homme-femme, de la fin de la discrimination sexuelle, il est peut-être suranné d'utiliser des stéréotypes masculins et féminins.

La critique porte également sur l'interprétation à donner aux résultats de cette échelle. En effet, les éléments d'interprétation de cette échelle sont sujets à caution.

Selon les manuels du MMPI-2 (Hathaway et Mac Kinley, 1989), un score élevé (au-dessus de 76, c'est-à-dire déviant) chez un homme se traduirait par des intérêts féminins traditionnels, un conflit autour de l'identité sexuelle, une passivité, une présentation efféminée, une gêne à s'affirmer et des tendances homosexuelles. Un score faible (en dessous de 40) chez un homme se traduirait par un intérêt pour les sujets d'intérêts masculins traditionnels, une attitude brutale, machiste, agressive et casse-cou. Ce serait des hommes orientés vers l'action et ayant confiance en eux.

Un score très élevé chez des femmes (au-dessus de 70) se retrouverait chez des femmes froides, dominatrices et agressives dont les sujets d'intérêt sont traditionnellement masculins.

Un score bas chez les femmes (inférieur à 40), se retrouverait parmi des femmes dépendantes, incapables de s'en sortir seule, se plaignant et s'apitoiant sur leur sort. Elles seraient soumises et passives, ayant tendance à se dévaloriser, avec une attitude gênée et rétrécie. Cependant, ce même score faible mais avec un niveau d'éducation scolaire élevé, se retrouverait parmi des femmes capables,

conscienteuses, énergiques, intelligentes, prévenantes, accommodantes, sans préjugés et dotées d'un insight.

Ces quelques modules interprétatifs montrent que cela fonctionne avec des stéréotypes dépassés. Il est très facile à un patient de donner une réponse qui semble convenir tant les traits sont grossiers et stéréotypés. Les définitions du féminin et du masculin sont grossières et antinomiques avec l'avancée de la place des hommes et des femmes dans la société occidentale du xxi^e siècle. Puis, comment le niveau d'étude contribue t-il à ce point à changer une personnalité ?

Si on revient aux scores du test MMPI du patient, la psychologue remarque que le test est à la limite de la validité. Le sujet est méfiant (échelle paranoïa) et il tente de minimiser sa problématique (échelle mensonge-lie) pour se montrer sous un angle favorable. Malgré cette limite de validité, les résultats montrent une tendance au repli sur soi et pour cause le patient n'a aucun entourage social. Ils montrent une hyper-susceptibilité et une hyper-sensitivité. Ces éléments ainsi que le risque de passage à l'acte corroborent l'aspect méfiant montré grâce au score paranoïa. Les mécanismes de défense sont la projection et la psychopathie.

Les réponses de ce patient à l'échelle féminin-masculin montrent un rejet des stéréotypes masculins et un grand intérêt pour le féminin. Cependant, les scores aux échelles cliniques avoisinent les 70 et de fait ne montrent pas une « déviance » majeure attendue dans le cas du transsexualisme.

Dans l'après-coup, ce test a été efficace pour repérer les traits de personnalité saillants du patient : les aspects paranoïaques et psychopathiques, confirmés après-coup par les menaces au chirurgien, aux voisins, aux policiers et la tentative d'étrangler son collègue de travail.

Cependant, le test montre bien que le sujet ment, essaie de se montrer sous un jour favorable et d'ailleurs sa validité est remise en question par l'examinateur lui-même. Malgré tout, la psychologue en conclut qu'il s'agit d'un transsexuel primaire sans psychopathologie grave empêchant ce patient d'avoir recours à la THC.

Dans le cadre de l'évaluation d'une demande de THC, la critique que l'on peut opposer à l'utilisation du MMPI-2, est qu'il ne permet pas de discriminer correctement un trouble de l'identité de genre, même s'il donne une image composite assez claire de la personnalité du patient.

La second critique repose sur le fond : une psychologue clinicienne n'est pas en charge de poser un diagnostic. Son métier ne comprend pas la dénomination diagnostique. Alors que le psychiatre est le seul habilité à poser un diagnostic. La question diagnostique est d'ailleurs souvent débattue au sein de cette profession et permet l'élaboration et le renouvellement des manuels diagnostiques (DSM IV ou CIM 10). En médecine, le choix d'une dénomination diagnostique permet de choisir une thérapeutique adéquate. Le psychologue, quant à lui, n'a pas pour vocation de classifier le trouble psychique et ne travaille pas à l'aide d'un manuel diagnostique. Il a pour mission d'accompagner, d'étudier et de solliciter le patient à travers ses outils qui sont : la relation transférentielle, les mécanismes de défense, les angoisses, les rêves et leur interprétation. Dans le cadre du transsexualisme, le psychiatre peut-il conforter la validité du diagnostic par des tests psychologiques qui ne discriminent pas précisément le transsexualisme ?

Devrait-on accepter que le diagnostic repose sur une série de tests où il est assez facile au patient de mentir ? Dans le cadre du transsexualisme, le patient veut convaincre qu'il est un homme ou une femme. Il n'est pas neutre dans sa démarche. Il n'a pas une attitude volontaire à l'égard des psychiatres. Il se sait obligé de convaincre pour obtenir un changement d'identité civil et une THC. De ce fait, la validité des tests est toujours objet à caution dans ces cas.

Quant à l'utilisation du Rorschach, un test dit projectif, elle est très intéressante pour montrer les mouvements d'identification. Cependant, il est noté d'emblée que le discours est pauvre et aride. Le patient exprime du désarroi devant les planches. Sur les dix planches présentées au patient, quatre ne sont pas interprétées. Il répète à chaque fois : « Non, je ne vois rien, pas grand chose ou alors il faut une sacrée imagination, il peut y avoir un petit dessin ? Non, rien de spécial ». Concernant les planches dites banales (5 et 8), il répond facilement un papillon et une chauve-souris. Malgré ce discours pauvre et cette incapacité à donner une interprétation à quatre des dix planches, les conclusions affirment que « sa problématique fait appel à l'image du corps en quête de féminité ». On peut être dubitatif devant une telle conclusion avec si peu d'éléments.

Conclusion

D'après la littérature scientifique, les risques de regret postopératoire, sont plus fréquents chez les hommes, voulant devenir femmes :

- plus âgés, au delà de 30 ans au moment de la demande de réassiguation (Eldh et al., 1997 ; Lindemalm et al., 1987) ;
- ayant des troubles caractérisés de la personnalité et une instabilité sociale et personnelle (Pfallin, 1992 ; Bodlund et Kullgren, 1996 ; Lundström et Walinder, 1985) ;
- secondairement à une vie hétérosexuelle, un mariage ou une paternité (Muirhead-Allwood et al., 1999 ; Pfallin, 1992 ; Landen et al., 1998) ;
- manquant de soutien familial (Smith et al., 2005 ; Landen et al., 1998 ; Walinder et al., 1978) ;
- n'ayant pas souffert de trouble du genre dans l'enfance (Blanchard et al., 1989 ; Lindemalm et al., 1987 ; Pfallin, 1992 ; Cohen-Kettenis et Van Goozen, 1997) ;
- avec une absence d'expérience avec les hommes (Pfallin, 1992) ;
- avec une absence de sexualité (Lindemalm et al., 1987) ;
- insatisfaits des résultats de la chirurgie (Lawrence, 2003).

Notre patient entre dans toutes les catégories à risque. Or, nous avons opéré nombre d'hommes dans cette situation et nous n'avons jamais eu d'autres demandes de retour au sexe de naissance.

Par conséquent, après l'étude de ce dossier, nous retenons trois critères à haut risque de regret postopératoire :

- le premier est l'absence de trouble du genre dans l'enfance. Il est, d'après nous, un des critères centraux de notre évaluation, en tenant compte de l'environnement

qui contribue ou interdit l'expression du trouble. Ce patient ne s'est jamais travesti dans l'enfance ou dans l'adolescence. Il ne souffrait pas de trouble de l'identité de genre. Non seulement sa demande est tardive mais l'expression d'un trouble du genre est très tardive dans sa vie ;

- le deuxième critère important dans l'évaluation est la sexualité. Il est un des points centraux. Nous devons absolument chercher à connaître en profondeur la vie sexuelle du patient et n'aurions pas dû nous en tenir aux allégations du patient insistant sur la présumée absence de vie sexuelle. Nous devons explorer la vie sexuelle passée et présente, réelle, imaginaire et fantasmatique car nous pensons qu'il existe une sexualité typique des transsexuels ;
- le troisième point concerne les interruptions de suivi. L'étude de ce dossier et de la littérature scientifique à ce sujet (Olsson et Möller, 2006) nous alerte sur ce point. Toute interruption de suivi doit nous interroger sur un probable doute, hésitation, incertitude du patient. Elle est, d'après nous, un élément défavorable et pourrait s'ajouter à la liste des situations à risque de regret postopératoire.

Nous apprenons des autres études (Rauchfleish et al., 1998), les autres points importants avec lesquels nous sommes en total accord :

- l'accompagnement psychologique doit se maintenir au moins pendant la première année, surtout autour des interventions chirurgicales ;
- nous devons nous assurer de la bonne stabilité émotionnelle du patient afin de faire face aux éventuelles déceptions et frustrations liées aux résultats chirurgicaux ;
- nous devons nous assurer d'une bonne intégration sociale, familiale et professionnelle du patient avant toute chirurgie, même si cela ne peut pas constituer un motif de refus de la THC.

L'étude de ce cas nous a amené à remettre en question nos méthodes d'évaluation des demandeurs de changement de sexe. La littérature scientifique avait déjà mis à jour des éléments pouvant, potentiellement, entraîner des regrets postopératoires. Nous y avons ajouté trois nouveaux éléments. Cependant, chaque rencontre clinique pourrait à elle seule faire voler en éclats nos certitudes d'un jour. Aussi, le psychologue, dans sa rencontre avec un patient, met au jour avec chacun d'entre eux une problématique singulière, une demande particulière qui se confine rarement à des stéréotypes répétés. En écartant les critères sociaux (âge, famille, couple, travail), il nous reste à solliciter le patient à se projeter dans une éventuelle rencontre avec un nouveau corps. Aussi, le psychologue, est toujours partagé entre l'évaluation et l'accompagnement vers le futur du patient.

Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Références

Blanchard R, et al. Prediction of regrets in post-operative transsexuals. *Can J Psychiatry* 1989;34(1):43–5.

Bodlund O, Kullgren G. Transsexualism – general outcome and prognostic factors: a five-year follow-up study of nineteen transsexuals in the process of changing sex. *Arch Sex Behav* 1996;25(3):303–16.

Cohen-Kettenis P, Van Goozen S. Sex reassignment of adolescent transsexuals: follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36(2):263–71.

Eldh, Berg, Gustafsson. Long-term follow-up after sex reassignment surgery. *Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg* 1997;31:39–45.

Hathaway SR, Mac Kinley JC. MMPI-2 inventaire multiphasique de personnalité du Minnesota-2, Manuel. Paris: ECPA; 1989.

Husser JC, Fernandez L, Sztulman H. Analyse multi-dimensionnelle à partir de quelques échelles cliniques du MMPI 2: hystérie, dépression et masculinité-féminité. *Rev Eur Psychol Appl* 2001;51(1–2):13–38.

Landen M, et al. Factors predictive of regret in sex reassignment. *Acta Psychiatria Scandinavia* 1998;97:284–9.

Lawrence AA. Factors associated with satisfaction or regret following male to female sex reassignment surgery. *Arch Sex Behav* 2003;32(4):299–315.

Lindemalm G, Körlin D, Uddenberg N. Prognostic factors vs outcome in male to female transsexualism: a follow-up study of 13 cases. *Acta Psychiatria Scandinavica* 1987;75: 268–74.

Lundström B, Walinder J. Evaluation of candidates for sex reassignment. *Nordisk Psykiatrisk Tidskrift* 1985;39:225–8.

Muirhead-Allwood et al. (1999), Sexuality and satisfaction with surgical results in male to female transsexuals. Poster session presented at the Harry Benjamin international gender dysphoria association XVI Biennial symposium, London.

Olsson SE, Möller A. Regrets after sex reassignment surgery in male to female transsexual: a long-term follow-up. *Arch Sex Behav* 2006;35(4):501–6.

Pfallin F. Regrets after sex reassignment surgery. *J Psychol Hum Sex* 1992;5:69–85.

Rauchfleish, et al. Results of long-term follow-up transsexuals patients. *Nervenartz* 1998;69(9):799–805.

Smith Y, Van Goozen S, Kuiper A, Cohen-Kettenis P. Sex reassignment: outcomes and predictors of treatment for adolescent and adult transsexuals. *Psychol Med* 2005;35: 89–99.

Walinder J, et al. Prognostic factors in the assessment of males transsexuals for sex reassignment. *Br J Psychiatry* 1978;132:16–20.